

Spett.le CORPO POLIZIA LOCALE
Nucleo Funzioni Area Contenzioso
Ufficio Contravvenzioni e Permessi ZTL
Via Sassi 18 - LECCO

Modulo di Richiesta di rilascio del relativo Contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta. (art.384 del DPR. 16/12/1992, n.495)

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome E Nome In Stampatello

Nato/a a _____ il _____

Residente in Lecco, in _____

Recapiti telefonico _____ cod.fisc: _____

CHIEDE A FAVORE DI

Sé stesso;

In qualità di Esercente la potestà genitoriale del minore;

Tutore o altro da specificare _____

Per _____ nome _____ e _____ per _____ conto
di _____
cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nato/a _____ il _____

Residente in Lecco, in _____

Recapiti telefonico _____ cod.fisc: _____

BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA:

il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide.

A tale scopo allega:

- Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio di Medicina Legale dell'A.S.L. di Lecco attestante l'effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero non vedente (art.12, c3 DPR 503/96), previa visita medica prenotabile telefonicamente al n. 0341482605 - 634, servizio territoriale Medicina Legale, Via G.Tubi, 43;
- **OPPURE** Verbale della Commissione medica integrata di cui all'art.20, del DL 1° luglio 2009, n.78, convertito con modificazioni, dalla legge 3/8/09, n.102, **che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del presente contrassegno (o pass)**, da presentare in copia con Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia (D.P.R.28/12/2000, n.445);
- Copia fotostatica del documento d'identità;
- N.2 Fotografie formato tessera a colori recenti ed uguali;
- **N.2 marche da bollo da € 16.00 SOLO nel caso di rilascio di contrassegno temporaneo (SE INFERIORE 5 anni).**

il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validità inferiore a 5 anni

A tale scopo allega:

- Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio di Medicina Legale dell'A.S.L. di Lecco attestante l'effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, previa visita medica prenotabile telefonicamente al n. 0341482605 - 634, servizio territoriale Medicina Legale, Via G.Tubi, 43;
- Copia fotostatica del documento d'identità;
- Contrassegno scaduto;

- N.2 Fotografie formato tessera a colori recenti ed uguali;
- **N.2 marche da bollo da € 16.00.**

il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validità di 5 anni

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "**conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno**";
- Copia fotostatica documento d'identità;
- Contrassegno scaduto;
- N..2 Fotografie formato tessera a colori recenti ed uguali.

Lecco Li, _____

 firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- Certificazione medica in originale rilasciata dall'Ufficio di Medicina Legale dell'A.S.L. di Lecco attestante l'effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero non vedente (art.12, c.3 DPR 503/96);
- Copia fotostatica del Verbale della Commissione medica integrata di cui all'art.20, del DL 1° luglio 2009, n.78, convertito con modificazioni, dalla legge 3/8/09, n.102, **che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del presente contrassegno ("pass")**;
- Copia fotostatica dei Documenti comprovanti la tutela;
- Copia fotostatica del documento d'identità del delegante;
- Copia fotostatica del Documento d'identità del delegato;
- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno";
- Contrassegno scaduto.

DELEGA PER AUTORIZZAZIONE.

Io sottoscritto/a _____ delego il/la	
Signor/a _____ alla gestione della pratica ed al ritiro del contrassegno.	
Lecco, _____	_____
Data	firma del delegante

	firma del delegato

Al fine del rilascio il sottoscritto Sig.r/Sig.ra _____, come meglio sopra generalizzato, consapevole della responsabilità derivante dagli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'art.381 del regolamento di cui al DPR 16/12/1992, n.495, che giustificano la presente e allega la documentazione richiesta, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi.

Inoltre sono a conoscenza che ai sensi dell'art.71 del citato DPR, le amministrazioni sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui all'art.46.

In fede
